In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

LA FACULTÉ .Net

SEEK KNOWLEDGE

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

RELATION MEDECIN- MALADE

Dr. EH. ADJA

I°) CARACTERISTIQUE GENERAL DE LA RELATION DES SOINS

1°) La relation soigné –soignant est fondamentalement une relation d'inégalité :

En effet, elle a pour point de départ la demande d'un sujet souffrant adressé à un sujet disposant d'un savoir dont il attend guérison ou du moins soulagement, et donc, plus ou moins implicitement aide et protection.

Le malade et de ce fait doublement en situation d'inégalité : du fait même de l'état de demande qui rend passif et tributaire de la relation d'autrui, et de la souffrance qui mobilise une partie de l'énergie et constitue un handicap. Le malade cherche une figure protectrice susceptible de donner sens et satisfaction à une quête confuse. Le type de relation confire donc réel pouvoir au corps soignant, médecin, infirmiers et paramédicaux en général.

2°) la relation soigné –soignant est une relation d'attente et d'espérance mutuelle :

Le malade attend soulagement et si possible guérison : le soignant reconnaissance de son malade , vérification de son pouvoir réparateur ou la justesse de ses vues , selon ses niveaux d'intérêt .c'est l'écart entre les deux partenaires qui est facteur de dynamisme et moteur de l'attente .

Inégalité du niveau de départ, attente de part et d'autre sont aussi des situations que nous avons tout connus parent-enfants ; maitre –élève .situation qui se veulent naturelles et complémentaires ou chacun est sensé œuvré pour son plus grand profit et celui de l'autre mais où l'on sait bien conduire en impasse ou dans le sens contraire à celui attendu.

3°) la relation soigné –soignant est une relation qui a généralement le corps comme objet mais qui passe le plus souvent l'intermédiaire de la parole :

Le mot peut –il soulager le corps ?l'apaisement d'une confession comme la détente apportée par une parole ou une pointe d'humeur suffisant à le prouver. Peut- on aller plus loin et guérir avec des mots ? Inversement la parole blesse et fait vibrer le corps dans sa profonde intimité.

Relation d'inégalité , relation d'attente et d'espérance ,susceptible de réveiller toutes les quêtes antérieures et tous les conflits qui peuvent y être liés , relation passent par le cops et s'expriment par la parole , telles nous semble être la caractéristique analogues à celles de la relation parents –enfants rien d'étonnant à ce que nous voyons se dérouler dans le cadre de la relation de soi , la répétition des conduites infantiles .

4°) La relation de transfert :

Elle répond à cette répétition, dans la situation d'adulte, de modalité relationnelle vécue durant l'enfance. la répétition du même type de relation est un phénomène universel , et chaque sujet va projeter chez ses interlocuteurs une série d'images préétablies et attendre d'eux les réponses qu'ils attendait de ses images.

Dans la pratique médicale , le malade vient consulter le médecin avec une série d'images préétablies , et il tend alors à transporter ses habitudes affectives dans ses relations avec son thérapeute .S'il trouve dans son médecin quelques points communs avec ses images , celui –ci sera aussitôt investi sur un mode transférentiel .

Dans la majorité des cas, ce transfert est positif : le médecin devient alors celui que le malade imaginait, ce qui explique les sentiments de sympathie ou de confiance qui seront un bon moteur thérapeutique. A l'inverse le transfert peut être négatif, le malade retrouvant dans le médecin des images considérées comme mauvaises, ce qui provoque des attitudes de méfiance ou d'antipathie.

Les zones conflictuelles, persistent dans la relation, auront un effet anti - thérapeutique.

5°) le contre transfert :

La notion de contre transfert fait pendante à celle de transfert. Elle désigne les mouvements affectifs du m médecin en réaction à ceux de son patient .et en relation avec son propre vécu infantile comme pour le transfert ou en fait un usage extensif, et en regroupe sous cette appellation l'ensemble des réactions affective du médecin qu'elles soient ou non reliées à ses images infantiles précises. alors qu4il devrait théoriquement été neutre, et ne pas éprouver de sentiments personnelles pour son malade, l'attitude du médecin sera au contraire imprégnée.

Se mêleront :

- Une relation affective à la personnalité du malade, âge, sexe, situation sociale, présentation, comportement.
- Une réaction affective à l'image que donne le, malade par rapport à l'image intériorisée du malade idéale, qu'en à médecin.
- Des facteurs personnels contingents, état de fatigue, d'énervement, humeur, situation conjugale et sociale actuelle.

Tout ceci favorisera ou non une identification au malade, à des plaintes et à des souffrances.

Là aussi le contre transfert médical est le plus souvent positif dans l'ensemble ; il permet une action thérapeutique plus efficace.

Le contre –transfert peut aussi être négatif et se traduire alors par des attitudes qui masqueront un rejet ou une agressivité inconsciente.

- Refus d'écouter le malade qu'on est trop pressé.
- Acte manqué de type erreur de prescription ou oublie de visité.
- Dire « c'est nerveux » pour mettre en distance le malade agaçant.
- Menace de consultation psychiatrique ou d'hospitalisation.

II°) LA COMMUNICATION DANS LE CADRE DE RELATION DE SOINS :

La relation médecin -malade dans sa résonnance affective et son poids de conduite répétitive, doit-elle être considérée comme un bruit à réduire le plus possible.

Communication médicale vraie, où fait-elle partie intégrante de celle-ci dont elle est une composante nécessaire et importante

La relation médecin- malade fait partie de la communication médicale au même titre que le symptôme comme lui, elle demande un déchiffrement afin que le sens en apparaisse et qu'elle devienne signe intelligible pour les deux parties.

1- LA RELATION MEDECIN- MALADE FAIT PARTIE DE LA COMMUNICATION MEDICALE

- ❖ la maladie est une rupture dans la vie du malade : rupture dans ses relations, rupture de l'image qu'il avait de lui-même. la maladie peut été une réponse de l'individu à des situations de rupture.
- ❖ dans les deux cas une demande de réparation a ces effets de ruptures est adressée, au moins implicitement, au médecin, dont les attitudes et réponses sont reçues en fonction de cette demande.
- ❖ La rupture affective et blessures narcissiques mettent le malade en situation de vulnérabilité et d'attente d'une réparation qui s'exprime dans la relation médecin –malade.
- ❖ L'ensemble des soins médicaux subit l'influence de la relation médecin malade qui leur donne leur plein effet ou entrave leur action : exemple ; effet placebo et de l'observation du traitement. la relation m2decin malade est un des paramètres thérapeutiques.

2- LA RELATION MEDECIN- MALADE NECESSITE UN DECHIFFREMENT

- ❖ comme toute relation médecin malade, elle peut appeler la recherche du sens latent, inconscient, derrière l'attitude et le langage conscient et manifestes.
- ❖ Plus spécifiquement la relation médecin malade peut demander une transcription du langage corporel en un langage parlé, l'exemple type en est fournie par les troubles fonctionnels ou plaintes hypochondriaques

- Deux raisons peuvent expliquer ce choix involontaires d'un langage corporel pour mieux exprimer une souffrance psychique :

  - Le langage du corps est celui que comprend et accepte le médecin
  - Le langage du corps est le seul que puisse parler le malade
    - ✓ Parce qu'il n'a pas encore accès à la parole
    - ✓ Parce que son appareil psychique ne lui permet pas une « mentalisation »et une représentation de ses affects ;
    - ✓ Parce qu'il est débordé par les bouleversements qui s'opère en lui : exemple de l'adolescence ;dans tous les cas , le travail du médecin consistera en rechercher selon l'expression du Balint au-delà de « l'offre » manifeste du symptôme physique ,la demande latente , exprimant ses désirs et besoins véritables
    - ✓ La relation médecin malade est un des paramètres diagnostic

3- LES EFFEST IATROGENE DE LA RELATION MDECIN MALADE

- On appelle iatrogène la création de symptômes pathologiques et de la maladie par le médecin lui-même et ses soins. Les lésions que certains médicaments sont susceptibles de provoquer en sont un bon exemple ;
- C'est ce qui peut se produire si le médecin méconnait la relation médecin malade ou la considère comme un « bruit » parasite à éliminer.
- EN effet la méconnaissance de la portée thérapeutique de la relation médecin malade peut aboutir à l'effet contraire ; méconnu la relation n'en reste pas moins agissante et vécue par le malade ;
- La méconnaissance de la portée diagnostique de la relation médecin –malade peut conduire du côté du malade à une escalade dans la Plainte jusqu'à ce qu'on la présente au sérieux , du côté du médecin à une escalade à une escalade d'examen complémentaires voire de thérapeutique symptomatique , qui ne sont pas toujours sans danger et qui ancrent le malade dans un langage corporel , au détriment de la parole .

4- L'UTILISATION THERAPEUTIQUE DE LA RELATION MEDECIN – MALADE :

- ➢ Le diagnostic global : Elle passe par la reconnaissance de la valeur et de la portée de cette relation, et de l'établissement de ce que nous appellerons le diagnostic global comprenant :
  - Le diagnostic de la maladie :

    Retenons la nécessité, pour le médecin, d'expliquer en termes compréhensibles quelle cette maladie et quelle

seront ses conséquences : l'explication fournie diminue l'anxiété née de l'inconnu.

- ❖ Le diagnostic de la personnalité et des effets de la maladie sur celle-ci :
- ❖ il s'agit de percevoir les interférences entre sa personnalité et sa maladie :
  - Comment s'insère dans son histoire ?
  - Dans quelles conditions psychologiques et d'environnement est –elle apparue ?
  - Comment les qualifié –T'il avec quels mots ?
  - Comment l'entourage du malade réagit –il à son tour ? Quelles sont les relations entre eux ? quelles modifications et éventuels bénéfices la maladie est elles susceptible d'apporter ?
- ❖ L'apparition de la relation médecin –malade : quel type de relation entre le médecin et le malade ?

Quelles sont les réactions affectives spontanées du médecin à cette relation ? Ce seront de précieuses indications à valeurs diagnostique sur la demande implicite du malade et le type d'investissement qu'il fait sur le médecin.

III- LA DIMENSION PSYCHOTHERAPEUTIQUE DE LA RELATION DE SOINS :

1-Définition :

On appelle psychothérapie tout moyen psychologique contrôlé mis en œuvre dans un but thérapeutique. Nous étourdirons la psychothérapie de soutien, psychothérapie non systématisée, ne visant à obtenir une modification importante de la personnalité du sujet, mais à rétablir, ou à maintenir un équilibré.

Nous définissons comme psychothérapie non systématisée par opposition aux méthodes psychothérapiques ayant un cadre technique plus spécifique ; c'est le cas de la psychanalyse.

2-Principe de la psychothérapie de soutien :

Le travail psychothérapique ne peut se dérouler que si le thérapeute se réfère à une théorie du fonctionnement mental.

- **Attitude psychothérapiques spontanées du médecin**
  - **Attitude cathartique** :
  - permettant au patient d'exprimer le conflit éventuel, l'origine de ses troubles, d'extériorisée ses difficultés psychologiques présentes et passées ; on peut diminuer, plus au moins durablement la tension et l'angoisse et soulager les symptômes fonctionnels.
  - **Les attitudes directives** :
  - sont justifiés dans le model « actif –passif » de l'urgence , de la chirurgie….Mais souvent , en fonction de son idéologie propre , de la position morale et sociale qu'il croit devoir assumer , le médecin dirige son patient , ou au moins le conseille fermement , dans sa vie affective , son travail, ces expériences qui ne peuvent avoir d'effet psychothérapeutiques que si elles répondent et cela arrive parfois ,à une demande de dépendance ,de directivité de la part du patient .
  - **Les attitudes activistes :**
  - le médecin dirige non pas par la parole mais par les traumatismes imposés, ou par l'intermédiaire de la famille de l'employeur, ou des organismes sociaux ; cette attitude n'est, là encore, psychothérapeutique que pour quelques patients qui ne comprennent que ce qui est agi à leur égard, et ont en besoin comme preuve d'intérêt.
  - **Les attitudes explicatives :**le médecin explique en détail la maladie , son évolution , ses conséquences et ses mécanismes .cette démystification de la maladie , parfois , très utile en réduisant chez le malade l'angoisse liée à son imagination , peut être néfaste lorsque celui –ci ne veut rien savoir , ou a besoin de sa maladie . ce n'est pas le bon sens qui est thérapeutique mais la façon et le moment de l'utilise .
- **Attitude psychothérapique réelle :**
- Elle consiste tout d'abord à changer de modèle : abandonne **le modèle technique** pour lequel le malade est un corps à réparer pour passer au **modèle de relation interpersonnelle** et par conséquent**:**
  - Considérer la maladie ou le trouble faisant partie du patient, considérer celui-ci comme un tout et établir un diagnostic global.
  - accepter de s'impliquer personnellement dans la relation, c'est à dire reconnaitre que notre propre attitude a des retentissements sur celle du patient, et reconnaitre les différents sentiments que celui –ci nous inspire. En d'autres termes, il faut passer de la médecine a une personne à une médecine à deux personnes.

- Il faut alors renoncer à poser des questions pour écouter car , comme nous l'avons déjà vu , (celui qui pose des question n'obtient que des réponses) , il ne perçoit donc rien de la personnalité du patient , de ses conflits et de ses demandes réelle . il ne s'agit absolument pas de faire un pseudo psychanalyse ; lorsque nous parlons d'écoute, il est aussi utile d'observer : l'observation permet de recueillir des données importantes sur les attitudes psychologiques du patient, à l' égard de lui-même, de sa maladie, du médecin.
  - Le médecin doit éviter d'avoir des attitudes schématique répétées, rigides, mais les remplacer par la réflexion au sens ou le miroir réfléchit il met alors le patient face à ces conflits et peut alors l'aider à trouver les solutions les plus adaptées à sa propre personnalité. Le médecin peut, ce moment, percevoir qu'elle est la demande réelle du malade et y répondes.